



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

*neuropsychiatrie
de l'enfance
et de l'adolescence*

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence xxx (2017) xxx-xxx

Article original

Les croyances culturelles sur la santé mentale : points de vue de parents francophones migrants de l'Afrique subsaharienne

Cultural beliefs about mental health: Points of view of migrant francophone parents from Sub-Saharan Africa

R. Langevin^{a,*}, É. Lavoie^a, A. Laurent^b

^a Faculté Saint-Jean, université de l'Alberta, 310, Pavillon Lacerte, 8406, rue Marie-Anne-Gaboury (91St.), Edmonton, Alberta, T6C 4G9 Canada

^b Faculté d'éducation, université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

Résumé

Objectifs. – Cette étude qualitative descriptive vise à mieux comprendre les points de vue de parents migrants d'Afrique subsaharienne quant à leurs croyances culturelles sur la santé mentale. Elle vise également à offrir une variété de recommandations basées sur les résultats de cette étude, recommandations qui permettront aux intervenants des milieux scolaires de mieux accompagner ces parents et leurs enfants chez lesquels on suspecte un trouble de santé mentale (TSM).

Méthode. – Des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès de 8 parents.

Résultats et conclusion. – Les résultats suggèrent que la majorité des parents ont des croyances similaires à celles des occidentaux en ce qui a trait à la notion de santé mentale, des TSM et, des tabous entourant les TSM. En revanche, les parents ont des points de vue divergents concernant les traitements des TSM. Les résultats indiquent également que 7 des 8 parents croient que les phénomènes surnaturels sont à l'origine de certains TSM. Enfin, des pistes de recherche sont proposées.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Migrants d'Afrique subsaharienne ; Croyances culturelles sur la santé mentale ; Troubles de santé mentale ; Phénomènes surnaturels

Abstract

Objectives. – The aim of this descriptive qualitative study was to arrive at a better understanding of the points of view and cultural beliefs of migrant parents from Sub-Saharan Africa on the subject of mental health. A second aim was to provide a variety of recommendations based on the results obtained to help school system staff working with such parents and their children thought to be living with a mental health disorder (MHD).

Method. – Semi-structured individual interviews were conducted with 8 parents.

Results and conclusion. – The results suggest that the beliefs held by the majority of the parents on the subjects of mental health, MHDs and the accompanying taboos are similar to Occidental parents' beliefs, but that their points of view differ regarding the treatment of MHDs. Also, according to 7 of the 8 parents interviewed, certain MHDs are caused by supernatural phenomena. Lastly, some avenues for future research are proposed.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Sub-Saharan African migrant; Cultural beliefs about mental health; Mental health disorders; Supernatural phenomena

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : rene.langevin@ualberta.ca (R. Langevin), emlavoie@ualberta.ca (É. Lavoie), angelique.laurent@usherbrooke.ca (A. Laurent).

1. Introduction

Le *mental health capacity building in school initiative* (MHCB) est une initiative qui a débuté en Alberta en 2006 [1] et qui vise à promouvoir la santé mentale et physique des élèves du primaire et du secondaire dans les écoles de cette province canadienne. Le Conseil scolaire Centre-Nord (CSCN) y participe par l'intermédiaire du projet Espoir depuis 2008 [2]. En accord avec les principes du MHCB, le projet Espoir cherche à mettre la santé mentale et physique des élèves à l'avant-plan en travaillant en collaboration avec les enseignants, les parents et les intervenants des milieux scolaires et communautaires pour faciliter leur transition et leur adaptation. Malgré le fait que ce projet connaisse du succès depuis ses débuts, les intervenants se butent à un défi particulier ; celui de sensibiliser les parents migrants de l'Afrique subsaharienne à ce projet, notamment à l'importance de prévenir et de dépister les troubles de santé mentale (TSM) chez les élèves. Les intervenants du projet Espoir s'expliquent l'hésitation des parents par le fait que les TSM renvoient à un tabou profondément enraciné dans la culture africaine. En dépit des stratégies déployées pour réduire les effets délétères de ce tabou, un bon nombre de parents migrants persistent à croire que la prévention et le dépistage des TSM ne devraient pas se faire en milieu scolaire. Selon ces derniers, en présumant qu'un élève est aux prises avec un TSM, on augmente considérablement les probabilités que celui-ci et sa famille soient stigmatisés et victime de préjugés. Il est raisonnable de croire que le processus de dépistage des TSM en milieu scolaire comporte des risques de stigmatisation pour les élèves, peu importe leur culture d'origine [3], mais son absence engendre d'autres types de problèmes comme l'aggravation de ces troubles chez les élèves qui ne reçoivent pas de soins en santé mentale, ce qui peut mener à l'échec et au décrochage scolaire dans certains cas [4]. Aujourd'hui, on sait également que la meilleure façon de réduire les TSM dans nos sociétés consiste à mettre en place des mécanismes de prévention et de dépistage le plus tôt possible dans la vie des jeunes [5], ce que le projet Espoir s'efforce de faire depuis ses débuts. À partir de ces constats, nous avons décidé d'entreprendre une étude sur les croyances culturelles en lien avec la santé mentale chez ce groupe de parents afin d'avoir une meilleure compréhension des points de vue des parents pour ainsi les accompagner plus adéquatement. Par ailleurs, avant de présenter l'objectif de cette étude, il convient de s'attarder brièvement sur les notions de croyances et de santé mentale.

2. Qu'entend-on par croyances ?

Les croyances représentent ce que l'individu considère comme étant véridique et elles aident à donner un sens à la vie [6]. Il est possible de distinguer deux types de croyances : (1) les croyances personnelles résultent de l'expérience de vie et des valeurs familiales, (2) les croyances culturelles sont partagées par l'ensemble des individus issus d'une même culture. Souvent considérées comme irréfutables, les croyances, qu'elles soient personnelles ou culturelles, influencent les pensées, les ressentis et les relations avec les autres. Remettre en question une croyance personnelle ou culturelle n'est pas une mince affaire

pour l'être humain, car les croyances sont intimement liées à l'identité et à la personnalité de l'individu [6]. Enfin, les migrants font face un défi particulier car ils leur arrivent fréquemment d'entrer en conflit avec les croyances culturelles de leurs pays d'origine et celles des pays qui les accueillent [7].

3. Qu'entend-on par santé mentale ?

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) désigne la santé mentale comme un « état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » [8]. Ainsi, elle est essentielle au bien-être d'un individu et au bon fonctionnement d'une communauté et va au-delà de l'absence de maladie mentale. En fait, une personne peut être aux prises avec un TSM, être heureux et avoir une bonne qualité de vie (relations interpersonnelles satisfaisantes et travail stimulant). Toutefois, puisqu'aucun être humain ne présente en tout temps toutes les caractéristiques de la santé mentale proposées par l'OMS, il va sans dire qu'une santé mentale parfaite n'existe pas et que celle-ci change constamment avec l'évolution des sociétés et des systèmes de croyances.

Malgré le fait que l'on ne connaisse pas la cause exacte de plusieurs TSM, la plupart des spécialistes considèrent que, chez les enfants ou chez les adultes, ces troubles sont le produit d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et héréditaires [5]. Ainsi, des conditions socio-économiques difficiles peuvent être des facteurs de risque qui altèrent le niveau de santé mentale des individus. Les TSM peuvent aussi être liés aux facteurs d'instabilité sociale, de périodes de chômage intenses, d'exclusion sociale, de mauvaise santé physique, de violence et de violation des droits de l'homme [5]. De même, différents profils psychologiques et certains traits de personnalité prédisposent aux TSM [5]. Enfin, ces troubles peuvent également être dus à des causes biologiques, notamment à des facteurs génétiques qui contribuent à des dysfonctionnements du cerveau, comme c'est le cas pour les troubles du spectre de l'autisme (TSA) [5].

Par conséquent, les TSM sont un ensemble de bouleversements qui altèrent les pensées, les émotions et les comportements des personnes qui en souffrent. La vulnérabilité de chaque personne est différente, mais ils peuvent se manifester chez n'importe qui, à tout moment de la vie [5]. En outre, plusieurs méthodes visant à traiter les TSM existent. À l'heure actuelle, les professionnels de la santé mentale ont recours à la pharmacothérapie, la psychothérapie ou la combinaison des deux méthodes pour le traitement de ces troubles. Les dernières études sur le sujet tendent à démontrer que les personnes ayant un TSM qui ont recours à la pharmacothérapie et à la psychothérapie de façon concomitante maximisent leurs chances de guérison [9].

4. Objectif de l'étude

L'objectif de la présente étude est de contribuer à l'enrichissement des connaissances sur les croyances culturelles des migrants de l'Afrique subsaharienne en matière de

santé mentale. Une plus grande compréhension des points de vue de cette population quant aux TSM devrait nous permettre de dresser une liste de recommandations qui seront utiles aux intervenants en santé mentale de milieux scolaires lorsqu'ils accompagnent ces parents et leurs enfants chez lesquels on suppose un TSM. De même, à notre connaissance, aucune étude franco-albertaine n'a documenté les croyances culturelles sur la santé mentale d'un groupe de parents migrants de l'Afrique subsaharienne malgré plusieurs études indiquant l'importance de faire un tel travail de documentation [10]. Cette étude vise donc également à pallier cette lacune.

5. Méthode

5.1. Recrutement

Le mode de recrutement s'est d'abord fait à l'aide d'une affiche placardée dans toutes les écoles du CSCN qui participent au Projet Espoir [2]. Face à l'absence de volontaire via ce type de recrutement, nous nous sommes adressés à l'Alliance Jeunesse-Famille de l'Alberta Society (AJFAS) [11] qui a été en mesure de recruter 12 parents par l'intermédiaire d'appels téléphoniques. Quatre de ces 12 parents se sont désistés peu avant le début de la collecte des données pour des raisons qu'ils n'ont pas souhaitées nous communiquer. Les huit parents participants ont été informés que l'étude avait été acceptée par le comité d'éthique de l'Université de l'Alberta, et que leur participation était conditionnelle à la signature d'un formulaire de consentement décrivant les thèmes abordés et le déroulement de ce projet de recherche.

5.2. Participants

Pour prendre part à cette étude, les parents devaient avoir au moins un enfant fréquentant une école du CSCN de la région d'Edmonton dans laquelle le Projet Espoir était offert. Huit parents ont accepté de participer à l'étude (quatre mères et quatre pères issus de familles différentes). Deux des parents sont originaires de la République démocratique du Congo, un du Rwanda, un du Togo, un de la Côte d'Ivoire, un du Burkina Faso, un du Cameroun et un du Bénin. Le nombre d'années passées au Canada varie entre 1 et 6 ans ($M = 3$, $ÉT = 1,81$). L'âge des parents varie entre 28 et 50 ans ($M = 38$, $ÉT = 5,54$). Le profil socio-économique est relativement homogène : 75 % d'entre eux ont un niveau de scolarité universitaire et 25 % ont un diplôme de niveau secondaire. Tous les participants occupent un emploi à temps plein, 80 % d'entre eux ont pour religion le christianisme tandis que 20 % adhèrent à l'islam.

5.3. Devis et déroulement de l'étude

Les participants ont été rencontrés individuellement dans un bureau fermé de l'AJFAS et de la Faculté Saint-Jean et ont par la même occasion complété un questionnaire portant sur des variables sociodémographiques ci-haut mentionnées. Par la suite, le chercheur principal a procédé à une entrevue semi-structurée d'une durée moyenne de 45 minutes. Afin de s'assurer de traiter

tous les thèmes nécessaires à la présente étude (la santé mentale, les problèmes de santé mentale, les traitements des problèmes de santé mentale et le surnaturel), un protocole d'entretien composé principalement de questions ouvertes laissant la liberté aux participants de raconter leurs expériences et de donner leur point de vue sur chacun de ces thèmes a été utilisé. Enfin, chaque rencontre a été enregistrée sur dictaphone et transcrite intégralement par la suite.

6. Stratégies d'analyse des données

L'analyse qualitative a pour but d'analyser des données descriptives telles que les témoignages et les paroles écrites [12]. Dans cette perspective, la méthodologie de la théorisation ancrée (MTE) a été retenue pour cette étude. La MTE permet la théorisation progressive d'un phénomène par l'intermédiaire de codifications, de catégorisations et de développement de thèmes [13]. Un contrôle de la qualité des données a consisté en une revue du verbatim de tous les participants afin de vérifier et de corriger au besoin les informations transcrites avant l'analyse [14]. Les verbatim ont ensuite été transférés dans le logiciel d'analyse NVivo 11. Afin de définir des catégories, les données ont été fracturées et comparées selon la méthode de codage ouvert. Nous avons ensuite croisé les catégories à leurs sous-catégories, selon leurs dimensions et leurs priorités, en suivant les principes du codage axial. Enfin, nous avons procédé par codage sélectif dans le but d'intégrer et d'affiner les principaux thèmes émergents.

7. Résultats

La synthèse des entrevues menées auprès des parents est présentée dans cette partie, desquels six grands thèmes ont émergé : (1) les représentations de la santé mentale, (2) les représentations des troubles de santé mentale (TSM), (3) les représentations des traitements des TSM, (4) les représentations des causes des TSM, (5) la représentation des TSM en Afrique subsaharienne comparativement au Canada, (6) la représentation des phénomènes surnaturels liés aux TSM en Afrique subsaharienne. Chacun de ces thèmes est corroboré par des citations de parents.

7.1. Représentations de la santé mentale

Pour six des huit parents, la santé mentale représente un état de bien-être général de la personne. Il s'agit selon eux d'un état d'équilibre entre le corps, la pensée et la spiritualité.

« La santé mentale c'est de trouver un équilibre au niveau social, physique et spirituel. Pour trouver cet équilibre, il faut bien dormir, bien manger, faire de l'exercice et cultiver sa confiance en soi. C'est ce que mes enseignants m'ont appris dans mon pays en nous répétant souvent : *Mens sana in corpore sano* (P1) ».

Deux des parents définissent la santé mentale à travers deux pôles. Selon eux, une personne jouit d'une bonne santé mentale lorsqu'elle est libre de TSM. En d'autres mots, les personnes qui

ont une mauvaise santé mentale ont forcément un TSM selon eux.

« La santé mentale c'est ne pas être fou. Lorsqu'on est fou, on a nécessairement un TSM (P3) ».

7.2. Représentations des troubles de santé mentale (TSM)

La quasi-totalité des parents (7 sur 8) croit que les personnes aux prises avec un TSM ont des esprits tourmentés, des idées noires, se sentent paralysés et finissent par perdre contact avec la réalité.

« Les personnes qui ont un TSM ne réfléchissent pas bien. Ils voient la vie en noir et ne font plus confiance aux autres même pas aux membres de leur propre famille. Il sont paralysés devant la vie (P6) ».

« Les TSM ce n'est pas comme les troubles physiques, car c'est invisible. Ce sont des gens qui sont envahis par la tristesse et la dépression (P4) ».

Un parent considère que les personnes qui ont un TSM ressentent les choses plus intensément que la majorité des gens. Ils sont continuellement en détresse et n'arrivent plus à contrôler leurs émotions.

« Les gens avec un TSM sont hypersensibles aux choses négatives autour d'eux. Ils ont perdu le contrôle de leurs émotions parce que la folie contrôle leur esprit (P2) ».

7.3. Représentations des causes des troubles de santé mentale (TSM)

En ce qui a trait aux représentations des causes des TSM, six parents croient que de tels troubles sont le résultat de facteurs familiaux, socioculturels et environnementaux. Plus spécifiquement, ils font référence à des événements de vie tels que le divorce, la perte d'un emploi, la pauvreté, le stress lié à l'immigration, des conditions de vie extrêmes comme la guerre et les mauvais sorts.

« Les TSM s'expliquent de plusieurs façons d'après moi. Je crois que le stress et l'adversité jouent beaucoup dans l'apparition de ces troubles. Si on prend mon cas par exemple, plusieurs de mes proches Rwandais ont développé des traumatismes suite au génocide que nous avons vécu en 1994. Tous ces traumatismes ont donné lieu à des TSM comme le stress post-traumatique et la dépression (P7) ».

« L'enfant de ma voisine a commencé à avoir des comportements inhabituels l'année dernière. Il ne voulait plus aller à l'école, il avait peur de tout et il n'arrivait plus à dormir sans sa mère. J'ai téléphoné à ma sœur qui habite toujours au pays et après m'avoir écouté, elle m'a dit qu'elle avait eu une vision indiquant que cet enfant avait reçu un sort d'un esprit malin et qu'elle était pour prier pour lui. Ma voisine m'a dit que le psychiatre de son fils pense qu'il a un trouble d'anxiété général (P8) ».

Selon deux parents, les causes des TSM s'expliquent en grande partie par des facteurs internes. Ces facteurs sont de nature psychologique ou physiologique. Il s'agit ici de conflits psychiques non résolus (crise d'identité, faible estime de soi et sentiment de vide) et de l'hérédité. Il peut s'agir également de déséquilibres hormonaux et de dysfonctions cérébrales d'après eux.

« Pour moi, la plupart des causes des TSM sont dues à des conflits à l'intérieur des gens. J'ai un neveu au pays qui est homosexuel et il s'est rendu malade avec tout ça. Il a même fait des tentatives de suicide parce qu'il ne s'acceptait pas et en plus, il était rejeté par sa famille. Ce n'est pas surprenant qu'il était instable mentalement (P2) ».

« Il ne faut pas oublier que notre cerveau a un rôle à jouer dans les TSM. Ça ne prend pas grand-chose pour que ces millions de neurones se mettent à ne plus fonctionner normalement et affecter notre santé mentale au point de développer un TSM (P4) ».

7.4. Les représentations des traitements des troubles de santé mentale (TSM)

Deux parents sur huit croient que la meilleure façon de traiter les TSM passe par l'éducation. Trois parents affirment que la prière est le moyen privilégié pour traiter ce genre de troubles et trois parents sont d'avis que la médication demeure le traitement par excellence pour soigner les TSM.

« Je crois qu'il faut éduquer les personnes qui ont des TSM parce qu'à partir du moment où ils vont comprendre ce qu'ils leur arrivent, ils vont être capables de mettre des mots sur leurs troubles et cela va les aider à guérir (P1) ».

« J'ai vu plusieurs personnes guérir de TSM dans mon pays seulement par la prière. La force de la prière c'est très puissant dans le cas de TSM, surtout quand toute la famille prie pour la personne malade (P3) ».

« Pour moi la meilleure façon de soigner les TSM ce sont les médicaments. C'est pour cela que la psychiatrie existe. Les schizophrènes et les personnes dépressives n'ont pas d'autres choix que de prendre des médicaments pour guérir (P7) ».

7.5. La représentation des troubles de santé mentale (TSM) en Afrique subsaharienne comparé au Canada

Tous les parents ont affirmé que les TSM sont perçus différemment chez les Africains comparativement aux Canadiens. Ils expliquent ces différences par l'ignorance, la souffrance, le déni et la force des tabous relatifs aux TSM.

« On ne voit pas la santé mentale du même œil en Afrique qu'au Canada. Il y a beaucoup d'ignorance et de déni dans mon pays en ce qui concerne cet aspect de l'être humain. Je crois que c'est pour cela que les Africains parlent plus de problèmes physiques que mentaux ; comme des maux de tête ou des maux d'estomac. On ne parle pas de TSM chez moi.

C'est comme si tous les problèmes mentaux passaient par le corps au lieu de par la tête (P5) ».

« La majorité des Africains sont habitués à souffrir en silence dans leur vie quotidienne. Cette réalité fait en sorte qu'ils ne portent pas attention à leur santé mentale. Que voulez-vous, il y a tellement d'autres problèmes de santé en Afrique que les TSM. Ce genre de problème passe en dernier en Afrique (P8) ».

« On évite de parler de santé mentale dans mon pays. Je dirais même que les TSM sont beaucoup plus tabous en Afrique qu'au Canada. Les femmes de mon pays ne doivent pas parler de ces choses-là parce que cela peut exposer leur foyer et attirer des jugements négatifs de la communauté par rapport à leur mari et leurs enfants (P6) ».

7.6. La représentation des phénomènes surnaturels liés aux troubles de santé mentale (TSM) en Afrique subsaharienne

Sept des huit parents croient que les phénomènes surnaturels ont un rôle à jouer dans les TSM. Trois d'entre eux disent avoir eux-mêmes vécu des expériences paranormales dans leur jeunesse, notamment au moment de s'endormir. Dans les trois cas, une vision prémonitoire les mettait en garde qu'un proche allait être possédé par un mauvais esprit. Quatre autres parents mettent l'accent sur le fait que l'être humain n'est pas seulement un corps, mais aussi un esprit et cet esprit peut être influencé par le monde invisible qui nous entoure. Selon eux, la science n'est pas en mesure d'expliquer ce monde invisible et c'est pourquoi le paranormal existe. Ils insistent sur l'omniprésence du surnaturel en Afrique subsaharienne pour expliquer les maladies mentales comparativement aux pays occidentaux comme le Canada. Un seul des parents considère que cette omniprésence est due au manque d'éducation des Africains. Ce parent soutient que si les Africains étaient plus instruits, ils délaisseraient le paranormal et adopteraient une position plus rationnelle face à l'étiologie des TSM. Cette remarque est intéressante si l'on considère le fait que, malgré leur bon niveau d'éducation, les sept autres parents croient au surnaturel dans le cas de TSM.

« Bien sûr que le surnaturel existe et il est encore plus présent dans les villages que dans les villes étant donné que les gens des villages vivent proche des bois. J'ai appris depuis que je suis tout petit que les forêts attirent les esprits et pas toujours les bons. J'ai été témoin de possession dans le village où j'habitais et cela a attiré de la folie dans ma famille (P4) ».

« Oui, on croit au surnaturel dans mon pays. J'ai moi-même eu une expérience paranormale lorsque j'étais une jeune fille. Cela s'est passé juste avant de m'endormir. J'étais dans mon lit et j'ai vu un esprit malin tourmenter ma grand-mère qui partageait ma chambre à coucher à l'époque. J'ai eu très peur et le lendemain ma grand-mère n'était plus la même. Elle est devenue dépressive et ne parlait plus. Je me suis senti coupable de ne pas avoir pu arrêter ce mauvais esprit. Quelques mois après, ma mère l'a amenée voir le marabout de mon village et elle a retrouvé sa joie de vivre (P6) ».

« Oui et non, il n'y a pas vraiment de différence chez les Africains instruits. Cependant, les Africains qui ont peu d'éducation ont tendance à croire au surnaturel comme la sorcellerie et la possession lorsqu'il s'agit de maladies mentales. Ce sont surtout les enfants et les vieillards qui sont victimes de ces croyances. C'est une façon détournée de rejeter et de blâmer les personnes les plus vulnérables de notre société. L'ignorance est tellement grande dans le pays où je suis né qu'on va jusqu'à torturer les vieillards pour leur faire dire qu'ils sont possédés (P3) ».

8. Discussion

Cette étude visait à contribuer à l'enrichissement des connaissances sur les croyances culturelles en matière de santé mentale chez des migrants francophones de l'Afrique subsaharienne. L'originalité de cette étude réside dans l'utilisation d'une méthode qualitative qui a permis aux parents de parler ouvertement et en confiance de leurs croyances sur un sujet qui est encore fort tabou dans leur pays d'origine. Nous présentons dans cette partie une synthèse des résultats, des recommandations pour les intervenants en santé mentale qui travaillent auprès de migrants ainsi que les limites de cette étude et des pistes de recherche.

Synthèse des résultats : si nous reprenons les six thèmes présentés dans cette étude qui portent sur les représentations en matière de santé mentale, les résultats indiquent pour le premier thème (la santé mentale) que la majorité des parents croient qu'une bonne santé mentale équivaut à un état de bien-être général de la personne. Toutefois, deux parents sont d'avis que d'avoir une bonne santé mentale nécessite obligatoirement une absence de TSM. Ces résultats sont intéressants puisqu'ils rejoignent seulement en partie la définition de l'OMS [8] en ce qui a trait à la santé mentale. En effet, puisque l'OMS définit la santé mentale comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social, il semble donc que la plupart des parents définissent intuitivement ce qu'est une bonne santé mentale. Par contre, deux parents ont un regard dichotomique sur cette question lorsqu'ils affirment que la santé mentale est l'absence de TSM, ce qui va à l'encontre de la définition de l'OMS. Ce point de vue est également partagé par beaucoup de canadiens c'est pourquoi les campagnes de sensibilisation à cet égard visent à démystifier ce type de croyance dans la population en général [8]. Pour ce qui est des résultats du deuxième thème (représentations des TSM), l'ensemble des parents considère qu'une personne qui a un TSM a un esprit tourmenté, des idées noires, ne contrôle plus ses émotions et a perdu contact avec la réalité. Encore ici, les parents ont une connaissance intuitive des TSM lorsqu'ils parlent d'idées noires, souvent présentent dans les troubles de l'humeur, de perte de contrôles des émotions et du contact de la réalité comme c'est le cas dans la schizophrénie. Par contre, ils ne mentionnent pas que les TSM ne se réduisent pas uniquement à une symptomatologie anxiodépressive. Un TSM n'est qu'un aspect de la vie d'une personne qui en est atteinte. Cette personne fait souvent preuve de résilience et contribue de façon non négligeable à la société. En d'autres mots, la personne ayant un TSM ne se limite pas uni-

quement à son trouble. Quant aux résultats du troisième thème (représentations des causes des TSM) les parents identifient clairement quelques-uns des déterminants pouvant être à l'origine de ces troubles et qui sont largement acceptés au Canada et en Occident (pauvreté, guerre, migration, etc.). Nous remarquons toutefois qu'un nouvel élément est signalé par un parent, c'est-à-dire les mauvais sorts. Celui-ci introduit la notion du surnaturel dans l'étiologie des TSM. En ce qui concerne les résultats du quatrième thème (représentations des traitements des TSM), les parents sont plus mitigés sur cet aspect. En effet, les propos de ces derniers manquent de nuances dans ce cas puisque selon eux, trois choix s'offrent aux personnes ayant un TSM : l'éducation, la prière ou la médication. On ne fait pas mention de psychothérapie qui représente pourtant le traitement privilégié dans les pays occidentaux précédé seulement par la pharmacothérapie [15]. Enfin, la prière demeure pour certains parents une source de réconfort voire une façon d'intervenir face à la détresse qu'engendrent les TSM chez les membres de leur communauté. Les résultats du cinquième thème (représentation des TSM en Afrique subsaharienne comparativement au Canada) renvoient à la croyance généralisée que les TSM sont tabous en Afrique. Nous avons eu la nette impression en interviewant les parents qu'il est toujours mal perçu de parler de TSM dans leurs pays. Cet interdit, qui semble généralisé en Afrique subsaharienne, viendrait renforcer le phénomène de somatisation et contribuerait à maintenir les gens dans l'ignorance face aux TSM. En vérité, le fait de ne pas avoir le droit d'exprimer verbalement son anxiété ou sa dépression sous prétexte que cela est tabou obligerait les gens à réprimer et à internaliser leurs émotions sur le plan corporel. Cette façon d'éliminer les tensions émotionnelles par la voie corporelle se manifeste souvent par des céphalées, des douleurs abdominales, réactions cutanées, etc. [16]. Ces phénomènes de somatisations sont largement documentés et demeurent une source de préoccupations pour les spécialistes de la santé mentale [17]. Est-ce que les Africains somatisent davantage que les Occidentaux en raison des interdits qui les empêchent de parler de leur maladie mentale ? Différents chercheurs estiment que la somatisation est un phénomène répandu en Afrique subsaharienne, notamment à cause de la force des tabous entourant les TSM [18,19]. Certains chercheurs suggèrent même que la religion qui promulgue la force et le courage devant l'adversité jouerait un rôle dans la somatisation chez les personnes vivant au Togo qui souffrent de dépression [20]. Finalement, les résultats du sixième thème (représentation des phénomènes surnaturels liés aux TSM en Afrique subsaharienne) lèvent le voile sur la place du paranormal dans les explications des TSM chez presque tous les parents, soit sept d'entre eux. Ces résultats ne sont pas étonnants si l'on considère que les croyances paranormales (magie, sorcellerie, mauvais sorts et possession) sont très répandues à travers l'Afrique subsaharienne [21,22]. Les résultats d'une étude récente conduite dans 18 pays africains montrent que les croyances paranormales différaient de 15 % en Ouganda à 95 % en Côte d'Ivoire, avec une moyenne de 55 % pour l'ensemble des pays [23]. De telles croyances auraient un impact direct sur la façon dont les Africains ont recours aux services en santé mentale offerts dans leur pays. Ce penchant chez la plupart des Africains comporte tou-

tefois des risques, notamment lorsque l'individu présente une psychose sévère et a besoin de soins psychiatriques [24]. En revanche, le fait de pouvoir consulter facilement un guérisseur pour un TSM est réconfortant et aidant pour cette population. Il importe de signaler que, malgré leur existence, les services de soins en santé mentale sont toujours grandement déficitaires en Afrique subsaharienne. À titre d'exemple, il y a 10 millions d'habitants au Bénin et le pays compte seulement une dizaine de psychiatres pour desservir l'ensemble de la population [25]. C'est en grande partie pour cette raison que 90 % des TSM au Sénégal et 85 % en Éthiopie sont traités par des approches traditionnelles [26]. Dans un tel contexte, les approches traditionnelles prennent une importance particulière dans l'aide aux personnes aux prises avec des TSM en Afrique subsaharienne. Ces approches sont populaires parce qu'elles sont aisément accessibles et à la portée de toutes les bourses [27]. Bien que les méthodes thérapeutiques varient d'un trouble à un autre, elles relèvent souvent du surnaturel [28]. Au Ghana par exemple, les prêtres pentecôtistes ont recours à la prière pour libérer les gens de leurs souffrances psychologiques. L'approche adoptée consiste à prier pour la personne atteinte jusqu'à ce qu'elle soit délivrée, et l'on tente parfois d'annuler les malédictions ou de repousser les esprits malveillants qui sont à l'origine des TSM [29,30]. En fin de compte, les soins de santé mentale en Afrique subsaharienne sont de plus en plus diversifiés et la thérapie y lie les pratiques thérapeutiques religieuses et la médecine de type occidental. Justement, les témoignages des parents qui ont participé à cette étude reflètent bien cette variété. Il convient ici de présenter un tableau synthèse de ce qui a été présenté dans la dernière partie avant d'aborder les recommandations que nous proposons aux intervenants en santé mentale œuvrant en milieu scolaire. Le **Tableau 1** présente la répartition chiffrée et en pourcentage des représentations mentales des huit parents qui ont participé à cette étude.

9. Recommandations pour les intervenants en santé mentale œuvrant en milieu scolaire

À la lumière des informations que nous avons recueillies dans cette étude et en nous basant sur le modèle psychoéducatif de Renou [31], nous sommes en meilleure position pour faire des recommandations aux intervenants en santé mentale afin que ces derniers puissent mieux accompagner les parents migrants de l'Afrique subsaharienne qui remettent en cause la pertinence de la prévention et du dépistage des TSM auprès de leurs enfants en milieu scolaire. Le choix du modèle psychoéducatif de Renou [31] appliqué à la santé mentale des migrants est tout indiqué pour plusieurs raisons. Plus précisément, il tient compte, d'une part, des principes fondamentaux de la relation d'aide (savoir-être) et, d'autre part, d'activités psychoéducatives liées à la santé mentale des personnes fragilisées (savoir). À cet égard, le modèle psychoéducatif insiste sur le fait que l'intervenant en santé mentale se doit de développer un lien de confiance avec le parent qu'il accompagne. L'intervenant et le parent doivent s'approprier, apprendre à se connaître et à se faire confiance. L'établissement d'un lien de

Tableau 1
Répartition en pourcentage des représentations mentales des huit parents qui ont participé à la recherche.

Grands thèmes	Représentations mentales	n	%
Santé mentale	Bien-être général et état d'équilibre entre le corps, l'esprit et l'aspect spirituel	6	75
	Absence de maladie mentale	2	25
Troubles de santé mentale	Esprit tourmenté, idées noires et perte de contact avec la réalité	7	87,5
	Perte de contrôle des émotions	1	12,5
Causes des troubles de santé mentale	Familiales, socioculturelles et environnementales	6	75
	Conflits internes, hérédité et dysfonctions cérébrales	2	25
Traitements des troubles de santé mentale	Éducation	2	25
	Prières	3	37,5
Troubles de santé mentale en Afrique subsaharienne comparativement au Canada	Pharmacothérapie	3	37,5
	Tabou	8	100
Surnaturel et troubles de santé mentale en Afrique subsaharienne	Paranormal mauvais sorts, possessions	7	87,5
	Ignorance	1	12,5
Total		48	100

confiance nécessite une écoute empathique, du temps et de la régularité dans les échanges entre l'intervenant et le parent. Une fois la relation de confiance établie, l'intervenant aurait tout intérêt à se familiariser avec la culture du pays d'origine du parent et plus particulièrement ses croyances vis-à-vis la santé mentale. Ce thème suscite-il des tabous, des préjugés, de la crainte, de la honte chez lui ? Il ne faut pas présumer que les migrants africains ont une culture homogène à l'égard de la santé mentale. En parallèle, il est important que l'intervenant examine comment ses propres croyances et ses valeurs sur la santé mentale sont en accord ou en contradiction avec celles du parent qu'il accompagne. En cas de contradiction, il doit s'assurer que cela n'affecte pas négativement sa relation avec le parent qu'il assiste. Toutefois, cela ne veut pas dire que l'intervenant doit modifier ses croyances pour les rendre plus compatibles avec le parent. Là-dessus, Renou [31] souligne que le principe d'authenticité doit être appliqué dans toute forme d'accompagnement auprès d'une personne fragilisée ou en situation de transition. Comme mentionné, il y a de fortes chances que ce parent croit à l'influence des phénomènes surnaturels dans le cas de TSM et l'intervenant se doit de demeurer neutre envers ce type de croyance. En d'autres termes, l'intervenant doit avoir une attitude bienveillante par rapport aux croyances culturelles qui lui sont partagées. Il est également important de déterminer si les parents s'adaptent bien à la culture canadienne. Il arrive parfois que le phénomène d'acculturation crée de la résistance chez le migrant envers les croyances véhiculées par

le pays d'accueil [32]. S'il y a opposition envers les croyances prédominantes sur la santé mentale au Canada, l'intervenant devrait en discuter avec le parent. Quant à l'aspect psychoéducatif, il doit être pris en charge par l'intervenant en santé mentale. Les activités psychoéducatives peuvent être offertes aux parents sous forme d'ateliers ou de rencontres de discussion. Le but premier derrière ces rencontres est d'informer les parents de la complexité de la santé mentale et des troubles qui y sont associés. Selon le niveau de respect mutuel et l'ouverture du groupe, toute la question entourant les croyances, les tabous et les phénomènes surnaturels liés aux TSM peut également être abordée durant cette forme de rencontre. À cet égard, sans les discréditer, les manifestations prémonitoires et terrifiantes rapportées par certains parents avant l'endormissement sur la survenue de maladies mentales chez leurs proches peut s'expliquer scientifiquement par le phénomène de paralysie du sommeil. Il s'agit d'un trouble du sommeil qui survient au moment de l'endormissement, qui se caractérise par l'incapacité de bouger ou de parler et est souvent associé à une forte sensation de peur, de présences malveillantes et d'hallucinations visuelles et tactiles [33]. L'état de paralysie du sommeil dure généralement plusieurs minutes et ce trouble est relativement fréquent puisque 20 % de la population en ferait l'expérience [34]. L'approche psychoéducatrice peut être utilisée par l'intervenant pour rassurer les parents qui s'estiment responsables du malheur d'un proche n'ayant pas été en mesure de repousser l'esprit maléfique qui est la cause d'un TSM dans la famille. Tout ce qui touche au concept de croyance peut également faire l'objet de discussions. Comme indiqué auparavant, les croyances personnelles et culturelles sont intimement liées à l'identité des personnes et les parents devraient savoir qu'il est extrêmement difficile de changer ou d'abandonner une croyance à l'âge adulte, et ce, même si elle est fautive. Des concepts tels que l'attitude ou la dissociation cognitive, qui se caractérise par une présence de deux croyances contradictoires dans la pensée de l'individu, peuvent faire l'objet de discussion durant ces rencontres. Si la dissonance cognitive est universelle, elle est susceptible de s'accroître lorsqu'un migrant est confronté aux valeurs d'une autre culture [7]. En concomitance à l'approche psychoéducatrice, plusieurs spécialistes suggèrent aux professionnels en santé mentale de tenir compte des croyances surnaturelles des migrants dans leurs interventions. Cela peut se faire en encourageant le parent à maintenir ses relations avec un guide spirituel surtout lorsque celui-ci est impliqué dans des soins en santé mentale apportés à un membre de la famille [35]. En somme, l'approche psychoéducatrice appliquée à la santé mentale nous semble l'approche à privilégier auprès des parents migrants. Par ailleurs, il convient de mentionner que cette approche rejoint étroitement la thérapie psychoéducatrice qui comporte trois dimensions (pédagogique, psychologique et comportementale) et qui est largement utilisée en pédopsychiatrie [36]. Enfin, il nous semble essentiel que les intervenants qui œuvrent auprès de migrants développent des compétences interculturelles en santé mentale. Il existe de la formation sur le sujet partout au Canada, bien que les programmes de formation en français soient plus limités dans les provinces majoritairement anglophones.

10. Limites de l'étude et pistes de recherche

Cette étude comporte certaines limites. Tout d'abord, puisqu'il s'agit d'une étude qualitative menée auprès de huit parents seulement, les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des parents migrants de l'Afrique subsaharienne de l'Alberta. De même, nous n'avons pas contrôlé dans notre étude l'effet de « désirabilité sociale » et n'avons pas été en mesure d'assurer que la triangulation des données, soit jumeeler l'entretien à d'autres types de collecte des données afin de maximiser la crédibilité des résultats obtenus comme le suggère Anadón et Savoie [37]. Dans le futur, il serait intéressant de dupliquer cette étude en ayant recours à une méthodologie quantitative et en élargissant le recrutement des participants au Conseil scolaire FrancoSud (CSFS) notamment. Ce conseil scolaire soutient un projet similaire à celui du projet Espoir [2], le projet Appartenance [38] et les intervenants qui y travaillent sont présents dans treize écoles qui desservent 3200 élèves de la maternelle à la 12^e année. Un échantillon de parents d'une grande taille est nécessaire pour valider les résultats obtenus dans cette étude. Un tel échantillon pourrait être constitué en combinant le nombre de parents migrants de l'Afrique subsaharienne de Calgary dont les enfants participent au projet Appartenance à celui des parents qui prennent part au projet Espoir à Edmonton.

11. Conclusion

Les résultats de cette étude font ressortir la complexité de la santé mentale auprès d'une population migrante. Ainsi, en plus de véhiculer à la fois les valeurs et les croyances des gens à une période de temps précise, la santé mentale est influencée par des facteurs multiples et interdépendants. Nous avons mis en évidence que ces facteurs peuvent être d'ordre physiologique, psychosocial, culturel, environnemental et politique. Les entretiens semi-directifs menés dans cette étude nous ont permis de réaliser à quel point les croyances culturelles sur la santé mentale, notamment sur les TSM, sont un sujet sensible et délicat où le recours au modèle d'intervention biopsychosocial peut aisément intimider les migrants de l'Afrique subsaharienne. Devant ce constat, nous avons fait des recommandations aux intervenants en santé mentale travaillant en milieu scolaire afin qu'ils s'appuient sur des principes reconnus en relation d'aide : climat de confiance, respect, écoute, neutralité, ouverture d'esprit et dialogue. Nous croyons aussi que la sensibilisation à la santé mentale et à ses troubles ne doit pas uniquement se limiter aux élèves migrants, mais concerne également leurs parents. Cette sensibilisation peut se faire en ayant recours à l'approche psychoéducative, approche tout indiquée pour faire prendre conscience aux parents des implications de certaines croyances au sujet de la prévention et du dépistage des TSM en milieu scolaire. Enfin, c'est en développant leurs compétences interculturelles en santé mentale que les intervenants pourront innover et être plus efficaces dans la façon d'accompagner les parents migrants, qu'ils soient d'origine africaine ou d'autres cultures.

Remerciements

Cette étude a bénéficié d'un financement du Consortium National de Formation en Santé (CNFS). Nous remercions chaleureusement cet organisme ainsi que les parents qui ont participé à la présente étude.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Mental health capacity building (MHCB); 2008 [Disponible sur <http://www.albertahealthservices.ca/amh/>].
- [2] Projet espoir (Conseil scolaire Centre-Nord); 2008 [Disponible sur <https://centrenord.ab.ca/nous-joindre/projet-espoir/>].
- [3] Lassonde S, Pietrus M. La stigmatisation et la santé mentale : abattre le dernier tabou. *Quintessence* 2011;3:1-2.
- [4] Fortin L, Marcotte D, Diallo T, Potvin P, Royer É. A multidimensional model of school dropout from an 8-year longitudinal study in a general high school population. *Eur J Psychol Educ* 2012;28:563-83.
- [5] Thomas M, Steen M. *Mental health across the lifespan: a handbook*. Abingdon, Oxon: Routledge; 2016.
- [6] Lalonde A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris: PUF; 2010.
- [7] Kuo BCH. Coping, acculturation, and psychological adaptation among migrants: a theoretical and empirical review and synthesis of the literature. *Health Psychol Beh Med* 2014;2:16-33.
- [8] Organisation mondiale de la santé. *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale*; 2007 [Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>].
- [9] Fansi A, Jehanno C, Lapaline M, Drapeau M, Bouchard S. Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de littérature. *Sante Ment Quebec* 2015;40:141-73.
- [10] Pocreau JB, Martins-Borges L. La cothérapie en psychologie clinique interculturelle. *Sante Ment Quebec* 2013;38:227-42.
- [11] Alliance jeunesse-famille de l'Alberta Society (AJFAS); 2000 [Disponible sur <http://www.ajfas.ca/>].
- [12] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratique Psychol* 2004;10:79-86.
- [13] Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 3^e ed. Paris: Armand Collin; 2012.
- [14] Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual* 2006;26:1-18.
- [15] Cuijpers P. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in treatment of mild to moderate major depression. *JAMA Psychiatr* 2014;71:747-8.
- [16] Luminet O. *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*. Bruxelles: De Boeck; 2008.
- [17] Cathébras P. *Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicament inexpliqués*. Paris: Dunod; 2006.
- [18] Baudet T, Moro MR. *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Elsevier Masson; 2013.
- [19] Nathan T. *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod; 2013.
- [20] Adansikou K, Kokou-Kpolou K, Menick DM et Moukouta CS. Influence de la religion dans la somatisation dépressive en Afrique. *Ann Med Psychol* (in press).
- [21] Fancello S. *Penser la sorcellerie en Afrique*. Paris: Hermann; 2015.
- [22] Baoulé Séré B. *La sorcellerie dans la mentalité Africaine*. Paris: L'Harmattan; 2016.
- [23] Gershman B. Witchcraft beliefs and the erosion of social capital: evidence from Sub-Saharan Africa and beyond. *J Dev Econ* 2016;120:182-208.

- [24] Ikwuka V, Galbraith N, Manktelow K, Chen-Wilson J. Pathways to mental healthcare in south-eastern Nigeria. *Transcult Psychiatr* 2016;53:574–94.
- [25] Maheux-Lessard A, Chaloult G, Montigny C, Dussault-Laurendeau M. Stage au Bénin : une expérience de coopération internationale en psychiatrie. *L'actualité Médicale*; 2014. p. 22.
- [26] Kastler F. La santé mentale en Afrique : un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée ? *Sante Int* 2011;1:169–77.
- [27] Mayi MB. Psychopathologie et tradithérapies africaines. Perspectives actuelles. Chennevières-sur-Marne: Dianoi; 2010.
- [28] Nathan T. Nous ne sommes pas seuls au monde. Les enjeux de l'ethnopsychiatrie. Paris: Seuil; 2015.
- [29] Onyniah O. Matthew speak to Ghanaian healing situations. *J Theolo* 2001;10:120–43.
- [30] Ndoye O. La jeunesse africaine. Mal-être, drogue, homosexualité. Paris: L'Harmattan; 2014.
- [31] Renou M. Psychoéducation une méthode une conception. Montréal: Éditions sciences et culture; 2005.
- [32] Doucet MC, Moreau N. Penser le lien entre la santé mentale et la société. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2014.
- [33] Hufford DJ. Sleep paralysis as spiritual experience. *Transcult Psychiatr* 2005;42:11–45.
- [34] Sharpless BA, Doghramji K. Sleep paralyzes. Historical, psychological and medical perspectives. London: Oxford; 2015.
- [35] Benoît L, Bernazzani O. Santé mentale, santé spirituelle. Montréal: Medias-paul; 2014.
- [36] Lalonde P, Pinard G-F. Psychiatrie clinique. Approche bio-psycho-sociale. Tome II spécialités psychiatriques et traitements. Montréal: Chenelière/Éducation; 2016.
- [37] Anadón M, Savoie Z. L'analyse qualitative des données. *Rech Qual* 2009;28:1–7.
- [38] Projet Appartenance Conseil scolaire FrancoSud; 2010 [Disponible sur <http://www.francosud.ca/programmes-et-services/projet-appartenance>].